



REGISTRO DE BENEFICIARIOS

RESERVADO CAMUDASAL	
NUMERO DE AFILIACION	
LUGAR Y FECHA	
No.DE POLIZA	

NOMBRE DEL AFILIADO(A): _____

INICIO

MODIFICACION

No.	NOMBRE BENEFICIARIO	PARENTESCO	EDAD (AÑOS)	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	PORCENTAJE %
1						
2						
3						
4						
5						

PERSONA A QUIEN DEBE ENTREGARSE EL AUXILIO DE SEPELIO Y DUI

PARENTESCO

FIRMA DEL AFILIADO

SELLO Y FIRMA JEFE AFILIACION / ENCARGADO AGENCIA
CAMUDASAL